

みよし市不育症治療費助成事業受診等証明書

不育症治療を実施し、これに係る費用を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医名

受診者	氏名	
	生年月日	年 月 日
不育症治療が必要な理由		
検査及び治療内容	<p>該当するものにチェックし、詳細について、かっこ内に記載してください。</p> <p>1 検査内容</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮の形態検査</p> <p><input type="checkbox"/> 内分泌検査</p> <p><input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査</p> <p><input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p> <p>2 治療内容</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮の形態異常</p> <p><input type="checkbox"/> 内分泌異常</p> <p><input type="checkbox"/> 染色体異常</p> <p><input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体症候群</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>	
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
領収金額	円	
注) 差額ベッド代、食事代、文書料等に係る費用を除く。		